

# BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitingui, 80 — São Paulo, Brasil

VOL. XXII

MAIO DE 1961

N.º 11

## Sumário:

<i>Conduta em um caso de estrangulamento herniário — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO....</i>	163
<i>Hipernefroma (Apresentação de um caso da variedade chamada maligna e atípica). — Prof. CARMO LORDY e Drs. EURICO BRANCO RIBEIRO e YOITI ITO .....</i>	167
<i>O Sanatório São Lucas em 1960 — Relatório do Laboratório de Análises Clínicas — Dr. SYLVIO BOOCK .....</i>	172
<i>Literatura Médica — Livros e folhetos recebidos .....</i>	173
<i>Literatura Médica — Apreciações .....</i>	173
<i>Literatura Médica — Separatas recebidas.....</i>	173
<i>Sanatório São Lucas — Operações realizadas em 1960 .....</i>	176



# Boletim do Sanatório São Lucas

*Suplemento de*  
"ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA"

*Editado sob a direção do*  
DR. CLODOMIRO PEREIRA DA SILVA

*pelo*  
**SANATÓRIO SÃO LUCAS**  
FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

*Director*  
DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

+

Órgão oficial da Sociedade Médica São Lucas  
Rua Pirapitingui, 80, Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil



## DIRETORIA — EXERCÍCIO DE 1961/1962

### *Presidente*

DR. ENRICO RICCO

### *Vice-Presidente*

PROF. CARLOS DE OLIVEIRA BASTOS

### *Primeiro Secretário*

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

### *Segundo Secretário*

DR. JOHN BENJAMIM KOLB

### *Primeiro Tesoureiro*

DR. CLODOMIRO PEREIRA DA SILVA

### *Segundo Tesoureiro*

DR. LUIZ BRANCO RIBEIRO

### *Bibliotecario*

DR. ROBERTO DELUCA

### *Conselho Consultivo*

DR. JOÃO NOEL VON SONNLEITHNER

DR. JOSÉ SALDANHA FARIA

DR. WALDEMAR MACHADO

DR. MOACYR BOSCARDIN

DR. PAULO G. BRESSAN

# BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XXII

MAIO DE 1961

N.º 11

## Conduta de um caso de estrangulamento herniário (\*)

EURICO BRANCO RIBEIRO

*Diretor do Sanatório São Lucas*

Entre os casos que têm ocorridos, ultimamente, ao Sanatório São Lucas, existe um que pode nos trazer algumas lições proveitosas. Não se trata de um caso excepcional, mas tais são as condições que o envolvem que delas podemos tirar algumas conclusões de ordem prática.

Trata-se de L.M.A., de 80 anos de idade, viuva, branca, de nacionalidade italiana, residente nesta capital. Esta enferma tinha sofrido vários anos atrás uma operação ginecológica, sob incisão mediana infraumbilical. Sendo pessoa bastante gorda, não é de se admirar que tivesse sofrido uma eventração posoperatória, em consequência de um acesso de tosse, conforme ela mesma procurou justificar. Foi operada e reoperada da eventração, por reincidência. Nova recidiva sobreveio e ela vinha sofrendo crises ligeiras em consequência da herniação do intestino através dessa nova eventração. No dia 2 de janeiro corrente, pela tarde, sofreu uma crise de estrangulamento intestinal ao nível da eventração; à noite desse mesmo dia, foi atendida por um colega que tentou e conseguiu fazer a redução por taxia, cerca de 9 horas depois de se ter iniciado o processo. De então para cá, vinha tendo vômitos escuros, incoercíveis, que fizeram pensar em vômitos fecalóides. Apresentava, ao mesmo tempo, dejeções sanguinolentas, indicativas de sofrimento bastante intenso das alças intestinais. Foi encaminhada ao nosso Serviço pelo dr. Thomas Muller Carioba e internada com o diagnóstico de provável oclusão intestinal em consequência desse estrangulamento herniário já reduzido.

Em nosso Serviço foi verificado que o abdômem, embora volumoso, se apresentava flácido, facilmente examinável, não provocando grandes dores às manobras

---

(\*) Caso apresentado e discutido na reunião do Corpo Médico do Sanatório São Lucas em 19 de janeiro de 1961.

semiológicas. Os orifícios herniários mostravam-se facilmente acessíveis às mãos do examinador e por ali penetravam alças intestinais redutíveis sem qualquer esforço. Evidentemente não era mais um caso de abdome agudo, mas apresentava sinais bastante preocupantes, quanto à integridade das vísceras. Entretanto, dadas as condições gerais da enferma, que eram relativamente satisfatórias, e sua idade — 80 anos — resolveu-se aguardar os resultados dos exames complementares que pudessem nos mostrar a necessidade, ou não, de uma intervenção mais ou menos precoce. O exame radiológico demonstrou não haver nível líquido na cavidade abdominal. Portanto a hipótese inicial de oclusão intestinal podia ser afastada desde logo. Para explicar os vômitos, encontramos uma elevação acentuada da taxa sanguínea da uréia, que se apresentava com 90 mgrs%, taxa essa que se manteve relativamente alta, acusando 72 mgrs% no dia 6 de janeiro e 80 mgrs% no dia 9, para se normalizar com tratamento adequado no dia 14 de janeiro, quando apenas mostrava 18 mgrs%.

A evolução do caso no hospital foi acompanhada com cuidado e interesse, em atitude de expectativa armada, até que se completassem os exames que pudessem melhor nos esclarecer. Inicialmente a doente apresentava uma leucocitose de 15.000 por mm<sup>3</sup> e uma hiperglobulia das hemácias, que acusava 5.200.000 por mm<sup>3</sup>, demonstrando que talvez pelos vômitos havia uma desidratação a que também se devia levar em conta a relativa elevação dos glóbulos brancos. A reserva alcalina mostrava 68,5%, excluindo a acidose. Nada nos indicava comprometimento do aparelho urinário.

A fim de procurar maiores esclarecimentos, foi feito um exame radiológico do trânsito gastrointestinal. O nosso radiologista encontrou um estômago que possuía ao nível da grande curvatura, na sua parte média, uma deformidade persistente, talvez difícil de interpretar, que podia ter sido provocada pela distensão das alças do delgado, ou que também podia ser consequência de um processo gástrico até então assintomático. O relatório do dr. Geraldo de Barros foi o seguinte: "Estômago com paredes rígidas e diminuição da luz, com defeito de enchimento da porção média da grande curvatura. Aspecto suspeito de processo infiltrativo. Dilatação das alças do delgado por semiobstrução da porção ileo-cecal. Nas chapas com 24 horas, nota-se grande dilatação das alças no hipocôndrio esquerdo, porém, houve passagem do contraste para o descendente".

Recorremos, então, para maior esclarecimento, ao exame direto. O resultado da gastroscopia feita pelo dr. Paulo de Azevedo Antunes consta do seguinte relatório: "Introdução fácil do aparelho sem qualquer resistência da paciente ou obstáculo. Inspeção preliminar demonstrou a mucosa gástrica levemente hiperemiada e com ligeira hipersecreção difusa. Distensão gástrica fácil à insuflação de ar e ondas ritmadas de contração. Antro visualizado com mais dificuldade, devido à movimentação brusca da paciente, observando-se, contudo, aspecto normal. Grande curvatura bem visualizada em toda sua extensão, apresentando pregas ligeiramente exageradas, vermelhas, algo mesmo hiperemiadas, mas sem nenhum vestígio de infiltração tumoral. Gastrite superficial".

Deve-se notar que entre o exame radiológico e o exame gastroscópico medeou algum tempo e é possível que as deformidades verificadas na radiografia tivessem já se atenuado, de sorte que o nosso gastroscopista apenas encontrou uma gastrite ligeiramente hipertrofica.

Neste caso é interessante verificar-se a conduta tida, porque quando nos chega às mãos um caso com diagnóstico de provável oclusão intestinal, a tendência normal é a de se fazer uma operação mais ou menos urgente. Entretanto, a inexistência de defesa da parede abdominal, a elevação da taxa de uréia, a idade e a adiposidade da paciente levaram-nos à prudência de aguardar um pouco mais a evolução do caso. E não nos penitenciamos dessa demora, porquanto a evolução se deu favoravelmente, as fezes sanguinolentas passaram a ser fezes normais e pudemos, então, logo que a taxa de uréia se normalizou, fazer a intervenção cirúrgica, para tratamento da eventração existente, em condições muito satisfatórias.

No ato cirúrgico fomos assistido pelo dr. Gustavo Keil, sendo anestesista o dr. John Kolb. Anestesia geral com thionembatal e ciclopropana. Foi feita incisão que chamamos em "bigode prussiano", ressecando o segmento da papada abdominal existente; havia veias volumosas do hipogástrico, que foram pinçadas; ao se fazer o descolamento foi aberta a cavidade abdominal ao nível do saco de eventração superiormente situado, do que resultou a evidenciação de 4 sacos herniários, encontrando-se alças aderentes à cicatriz, as quais foram libertadas, mostrando-se fibrosadas na sua superfície peritoneal; havia entre elas algumas bridas que foram seccionadas. A apalpação do estômago e do fígado não revelou existência de tumor. Sutura contínua do peritônio, com pontos ancorados, ao nível de um anel hipotético da grande brecha peritoneal, deixando-se Hialozima na cavidade abdominal. Ressecadas as paredes dos sacos das eventrações foram feitas mais duas suturas, estas com catégute cromado n.º 2. Sêda e agrafes na pele.

O posoperatório foi perfeitamente normal.

## COMENTÁRIOS

Dr. CARLOS DE OLIVEIRA BASTOS — O caso apresentado se presta a vários comentários de ordem prática. Ao ingressar neste Hospital a paciente, idosa, obesa, portadora de grande eventração pós-operatória, com história recente de estrangulamento herniário e conseqüente semi oclusão intestinal, não poderia deixar de causar sérias apreensões, tanto em relação ao prognóstico, quanto em relação à conduta a ser obedecida. Caracterizados ainda vários distúrbios bioquímicos e metabólicos, maior atenção ainda havia que merecer o caso. Foi, de comum acôrdo, adotada uma atitude de expectativa armada, procurando-se o momento oportuno e ideal para a intervenção cirúrgica. Tal conduta foi na verdade acertada, tendo permitido que a paciente fôsse levada à mesa operatória em condições tais que lhe propiciaram a recuperação integral. Em qualquer parte do mundo, as taxas de letalidade sobem na cirurgia geriátrica, dadas as condições metabólicas e hidro-eletrolíticas especiais dos velhos, diante do "strêss" operatório. Por isso, os cuidados do "pré" e do "pósoperatório" devem necessariamente ser extremados. O caso presente é bem um exemplo destas afirmativas: a paciente, depois de corrigidas as suas alterações e nas melhores condições clínicas possíveis, pôde ser operada e chegar à cura integral de seu caso.

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO — Um ponto que deve ser bem firmado é a respeito da redução das hérnias estranguladas, tanto das hérnias inguinais como das hérnias recidivadas ou eventrações. As manobras que o médico deve fazer para redução de uma hérnia devem ser muito suaves, muito cuidadosas, e a melhor conduta é não insistir em manobras de redução, quando se encontre logo de início uma certa resistência do órgão herniado em voltar à sua situação primitiva; nesses casos é preferível que se envie logo esse doente à cirurgia, evitando traumatismos maiores a uma alça já comprometida numa crise de estrangulamento. Na literatura mundial encontram-se vários casos em que a rotura de vísceras ôcas têm sido produzida pelas manobras de redução. Isto deve ser sempre lembrado, principalmente por aqueles que estão agora iniciando a profissão. É o que desejamos salientar.

## Hipernefroma

(Apresentação de um caso da variedade chamada  
maligna e atípica)

Prof. CARMO LORDY

(Anatomopatologista do Sanatório São Lucas)

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

(Diretor do Sanatório São Lucas)

Dr. YOITI ITO

(Interno do Sanatório São Lucas)

A ocorrência de mais um caso de hipernefroma em doente operado no Sanatório São Lucas oferece ensejo para fazermos algumas considerações sobre essa entidade nosológica. Vejamos, primeiro, o caso clínico. Pode ser assim resumido:

*Dr. Yoiti Ito* — M. C. S., de 43 anos de idade, casada, do sexo feminino, natural de Macció, Alagoas. Queixa: sensação de bola no flanco direito, dor na região referida de pequena intensidade. Antecedentes familiares: pai e mãe falecidos de causa ignorada. Tem duas irmãs vivas: uma é hipertensa e muito fraca; a outra, em menopausa, evacua sangue (melena?) e vomita sangue (hematemese?). Antecedentes pessoais: varicela e sarampo na infância. Sofre de bronquite, desde os primeiros anos de vida; descargas intestinais frequentes; passou a mocidade em Alagoas e banhava-se nos lagos. Nos últimos 10 anos, por vezes, apresentava artralgia, com edemas periarticulares. Flebite do membro inferior direito, à três anos, quando notou tumoração na perna direita e inchação. Menarca aos treze anos: ciclo menstrual 3/28 dias. De 3 anos para cá, as regras têm falhado às vezes; última regra em 28-10-60. Urina normal. Hipertensão arterial. Cefaléia e às vezes tontura. Operações anteriores: Apendicectomia há mais ou menos 5 anos. Histórico da doença atual: Relata que há 45 dias mais ou menos sentiu estufamento no epigástrio e há 30 dias notou "bola" no flanco direito; nega metrorragia; olhos empapuçados; emagreceu nos 30 últimos dias, piorando, com dor no flanco direito e epigástrio, sem horário; evacua diariamente. Estado geral: paciente abatida, debilitada, 44 quilos, sem temperatura. Exame abdo-

(\*) Caso discutido em reunião do Corpo Médico do Sanatório São Lucas de 1-12-60.

minal. Inspeção: pele seca, com manchas apigmentadas paraumbilicais; abaulamento do hipocôndrio e flanco direitos. Palpação: tumor ligeiramente móvel no hipocôndrio direito, descendo até abaixo da altura do umbigo, tenso, ligado a um fígado ligeiramente aumentado de volume. Não se palpa baço, mas nota-se evidente resistência da parede no lado esquerdo. Aparelho respiratório: relata tosse e pouco escarro: estertores de base. Aparelho circulatório: P.A. 160×90; pulso 80. Ausculta: nada digno de nota. Rx da vesícula em 18-10-60: Vesícula com sombra opaca, homogênea, sem cálculos no interior. Ligeira estase após Boyden. Sombra maciça na região hepática. Compressão para baixo do ângulo hepático do cólon. Colédoco livre (utilizando o telepaque). Rx contrastado do estômago: Estômago alongado sem lesão orgânica. Bulbo duodenal normal. Exame préoperatório: (20-10-60) — Sangue: T. Coagulação, 8m; T. Sangria, 1 m. 15 s.; Glóbulos brancos, 12.000; Glóbulos vermelhos, 4.600.000; Taxa de hemoglobina, 74%; Valor globular, 0,8; Uréia, 15 mgrs.%; Reserva alcalina, 54,1%. Urina — Reação ácida: Albumina, glicose, acetona, pigmentos biliares e ácidos e sais biliares não foram encontrados; Sedimento, várias células, muco, alguns leucócitos isolados e raras hemátias. Punção biópsia do fígado (21-10-60): não foi obtido material para se chegar a uma conclusão.

Em 26-10-60 optou-se por uma laparotomia com o diagnóstico de tumor do fígado (hepatoma?). Indicação operatória: laparotomia verificadora e biópsia. Operador: Dr. Eurico Branco Ribeiro; auxiliar: Dr. Luiz Branco Ribeiro; anestesista: Dr. John B. Kolb. Anestesia: Thionembutal e ciclopropana. Tempo operatório: incisão às 7,50 hs.; terminação às 8,20 hs. Duração 30'. Descrição operatória: Incisão paramediana interna, direita, indo até abaixo do umbigo, caiu-se sobre o lobo direito do fígado, recalcado para dentro e para baixo por um enorme tumor multilobulado, posterior, ocupando toda a loja renal, parecendo partir do rim direito que a ele se achava fixo; vesícula de aspecto normal; palpa-se um útero ligeiramente aumentado de volume, apresentando miomas múltiplos; com compressas foi enxugada regular quantidade de sangue existente na cavidade e conseqüente à punção — biópsia feita dias atrás; só foi feita a biópsia do tumor, pois não se conhecia a função do rim esquerdo; fechamento da parede com catgut 1, cromado, duplo; sêda e agrafes na pele. Diagnóstico cirúrgico: provável hipernefroma à direita, hemoperitôneo ou mioma uterino. Posoperatório: ligeiramente com temperatura. Após injeção de Tetrin 350 gm Ev., apresentou calafrios, cansaço, sibilos inspiratórios, dispnéia, com P.A. 160×100; pulso 107. Suspensão daquele antibiótico continuou-se com Cloranfenicol intramuscular. Biópsia do tumor: exame feito no Serviço de Anatomia Patológica do Sanatório São Lucas. Relatório: Tumor maligno de Grawitz (hipernefroma maligno de forma atípica). Urografia excretora em 30-10-60: Sombra maciça no hipocôndrio direito, comprimindo o cólon para baixo. Alteração das funções do rim direito com modificação na forma e contornos dos cálices. Aspecto radiológico de processo peri-renal. Rim esquerdo funcionando bem. Medicação: Reidratação com soro glicosado, complexos vitamínicos, transfusão, para melhora do estado geral, e depois encaminhado a reintervenção.

Segunda intervenção em 7-11-60. Diagnóstico principal: Hipernefroma à direita. Indicação operatória: nefrectomia direita. Operador: Dr. Eurico Branco Ribeiro; auxiliares: Drs. Luís Branco Ribeiro e Yoiti Ito; anestesista: Dr. Ro-



berto Deluca. Anestesia com Thionembatal, Flaxedil e Taquicurin, usando-se o aparelho Takaoka. Tempo operatório: início às 8,6 hs., terminação às 9,30. Duração, 84 minutos. Descrição da operação: Abertura do abdome seguindo a incisão anteriormente feita, aumentando-a para cima e para baixo; foi afastado o fígado para cima; procurou-se um plano de clivagem entre o intestino e o polo inferior do rim; o polo inferior do rim foi deslocado e como também, parcialmente, a sua face posterior; foi dissecado o pedículo renal; secção do ureter entre pinças, fazendo-se ligadura dupla com catgut 1; outros elementos vasculares do pedículo foram também seccionados entre pinças, após palpação e individualização da artéria renal; passou-se a descolar a face externa e superior do tumor; mobilizado o tumor, foi êle com dificuldade exteriorizado em consequência ao seu volume; parte da suprarrenal direita saiu junto com o polo superior do tumor ficando algum fragmento junto às ligaduras feitas a esse nível; incisão no flanco direito para passagem de pequeno dreno, n.º 20; foi colocado Gelfoan na loja renal; aproximou-se o peritônio para fechamento da mesma, o que foi parcialmente conseguido; a palpação do útero mostra mioma subseroso; fechamento do peritônio com catgut 1; aponevrose com catgut 2, pontos separados; algodão na pele. Penicilina no tecido subcutâneo. Operação realizada: nefrectomia direita suprarrenalectomia parcial. Peça cirúrgica: tumor com 20 x 16 cm lobulado, fazendo corpo com o terço superior do rim direito. Diagnóstico cirúrgico: hipernefroma do rim direito. Marcha da anestesia: entre os 20 e 65 minutos da intervenção houve queda pronunciada (Mx. 6,5) da tensão arterial, que melhorou próximo ao final da operação. Foi ministrado sangue (1 litro) e soro glicosado (1 litro) durante o ato operatório. Posoperatório: paciente sob observação constante, deu mostras de boa evolução. Não se observou temperatura nem vômito. Houve vazão de líquido serosanguinolento pelo dreno em pequena quantidade. Ao completar o 2.º dia de posoperatório já a doente apresenta disposição geral satisfatória compatível com seu estado. Obteve alta hospitalar em boas condições.

*Prof. Carmo Lordy* — Esse tumor renal, interpretado lá pelo passado como simples lipoma por causa de sua cor amarelada, foi posteriormente distinguido por Grawitz com a denominação de hipernefroma, pela semelhança de sua cor e estrutura com as da parte cortical da cápsula suprarrenal. A título de homenagem, emprega-se também a denominação de tumor de Grawitz.

Desenvolve-se na porção cortical do rim, abaixo de sua cápsula fibrosa. É do tamanho desde de uma cereja até de uma maçã. Fica delimitado do parênquima renal por meio de uma membrana própria (bem mais espessa e hialina em indivíduos idosos), membrana que envia septos para o interior, de modo a dividir a massa tumoral em diversos lobos irregulares. A superfície de secção do hipernefroma apresenta aspecto variegado: cor amarela como a de enxofre, entremetido de manchas vermelhas e escuras, por hemorragias pregressas.

A estrutura histológica do hipernefroma é representada por um estroma tênue (quase só capilares), disposto em forma de rede, em cujas malhas se encontram células poligonais, grandes, ricas em

lipóides por elas elaborado, com disposição em mosaico ou em conglomerados cistopapilares. Além dessas, há também células outras bem maiores, claras como células vegetais, porque repletas de glicogênio.

Os dados acima enumerados se referem à variedade de hipernefroma mais freqüente, de decurso geralmente benigno, descrita por Grawitz (tumor de Grawitz), de que, com o Dr. Nelson Rodrigues Neto, teve um de nós (Carmo Lordy) a oportunidade de estudar um caso apresentado em reunião do Corpo Médico do Sanatório São Lucas, realizada no dia 11 de fevereiro de 1960.

No que concerne à gênese do hipernefroma, ainda não se conseguiu uniformidade de vistas. Desde Grawitz, a gênese formal foi atribuída à proliferação de um germe suprarenal aberrante, incluso no rim em época de desenvolvimento ainda embrionário.

É sabido que o córtex suprarenal cedo começa a se desenvolver à custa da multiplicação do epitélio celomático, em meio do mesênquima subjacente, entre o mesonefros e a raiz mesentérica. Em seguida, as diversas partes proliferadas reúnem-se numa massa celular contínua, volumosa, desligando-se ao mesmo tempo da matriz epitelial do celoma. Acontece, entretanto, que alguma dessas partes proliferadas, em vez de entrar em fusão com as outras numa só massa celular, cedo se destaca para continuar a evoluir independentemente aqui, ali (corpúsculo cortical acessório). Seu deslocamento se efetua sobretudo ao longo da parede dos vasos, atingindo por esse meio pontos às vezes muito distanciados da sede primitiva. Cospículos dessa origem já foram encontrados na esfera genital masculina, entre o testículo e o epidídimo, na *rete testis*, no paradídimo; na esfera genital feminina: no ligamento largo, na trompa uterina, acima ou atrás do ovário; na porção cortical do rim (ponto de partida de eventual desenvolvimento de hipernefroma).

Outros A.A., ao contrário, atribuem a esse tumor uma origem nefrogênica, fazendo-o derivar de malformações mesoteliais. Outros ainda o relacionam geneticamente com adenomas papilares renais. Recentemente (1959), Oberling, Riviere e Haguénau, em bem documentado trabalho, chegaram à conclusão de que ficava provado pelo microscópio eletrônico que os tumores de células claras do rim se originam do mesmo epitélio renal. Através desse meio óptico, é possível se reconhecer nas células claras a persistência de estruturas tipicamente renais, permitindo assim deduzir que as células claras correspondem às células epiteliais dos túbulos contornados, modificadas pelo conteúdo de lipóides e de glicogênio em seu citoplasma.

Sem contestar tal interpretação, é lícito, contudo, admitir-se que as referidas células claras possam também se originar de células corticais da suprarenal; pois é sabido que acúmulos dessas células podem sofrer deslocamento para regiões mais ou menos próximas, durante a vida embrionária. A esse propósito, é útil citar o caso, aqui estudado, de intersexualidade hormonal, determinada pela pro-

liferação dessas células em ambos os ovários de uma paciente, hospitalizada e operada neste Sanatório, células essas morfológica e funcionalmente similares às corticais da suprarrenal.

De outro lado, entre os hipernefomas alguns há que se denunciam pela sua agressividade e por seu poder de destruição, embora às vezes apresentem estrutura análoga à dos considerados benignos. Em tais casos, não se deve admitir, como alguns julgam, a transformação de um tumor benigno em maligno, apelando para o processo da chamada degeneração maligna, que representa um conceito hoje considerado já superado. É aconselhável interpretar o hipernefoma comum como sendo um tumor maligno *ab initio*, com malignidade latente, suscetível de transformação no momento em que cessa a respectiva ação inibidora.

Como no corioepitelioma, Birch-Hirschfeld admitem também duas variedades de hipernefomas malignos: a variedade típica e a atípica. Na primeira, o tumor faz irrupção para a pelvis renal, destrói a cápsula fibrosa e, sobretudo, pode chegar a invadir a luz das veias renais. Uma vez alcançada essa via, o tumor crescendo ao longo da veia cava inferior às vezes chega até o coração direito; donde, a possibilidade de metastases no pulmão, no esqueleto, em outros órgãos. Não obstante, a estrutura dessa variedade não se afasta muito da comum dos hipernefomas. Pelo contrário, a estrutura da variedade atípica é completamente confusa (Kaufmann), como é dado observar-se no caso atualmente em estudo. O que no seu quadro histológico predomina é o polimorfismo celular, mais acentuadamente nuclear. Ao lado de muitas células fusiformes se notam elementos gigantes (até 150 micra de diâmetro). O conjunto dá a impressão de se tratar de um sarcoma polimorfo ou antes, gigante-celular. Deve ainda ser referido que o exame histológico do rim afetado não revelou alterações apreciáveis.

Por último, merecem ser mencionados casos de hipernefomas malignos da variedade atípica, em que ao lado das partes atípicas foram observadas outras que lembram a estrutura da cortical da suprarrenal, isto é, um conjunto de células claras, contendo lipóides e glicogênio.



## LITERATURA MÉDICA

## Livros e folhêtos recebidos

**O Alcoolismo.** (1) Fisiopatologia do álcool etílico. Alcoolismo agudo. — Alcoolismo digestivo. Drs. Yves Boquien e Paul Perrin, Professores da Faculdade de Medicina e de Farmácia de Nantes. Synthèses Cliniques — Suppl. des Monographies Médicales et Scientifiques, n.º 89, Dez. 1960.

O alcoolismo é, como todas as toxicomantias, uma doença contraída voluntariamente.

Os médicos participantes do Grupo Médico de Estudos sobre o Alcoolismo, fundado em 1942, concluíram, depois de sérios estudos imparciais, que o alcoolismo constitui um flagelo, tanto pelo número como pela gravidade dos casos.

A intenção do trabalho é fornecer ao médico o fruto das numerosas e

acuradas pesquisas mais recentes, a fim de lhe permitir tratar mais eficazmente os seus pacientes.

Os AA. começam estudando o metabolismo, considerando a absorção, a difusão e a eliminação do álcool ingerido e a ação exercida sobre os diversos órgãos, como os do tubo digestivo, aparelho circulatório e aparelho respiratório.

O segundo capítulo é dedicado ao estudo clínico do alcoolismo agudo sob todas as suas formas, da mais leve à mais grave, descrevendo os sintomas correspondentes, o diagnóstico diferencial e o tratamento; o seguinte capítulo é dedicado ao alcoolismo crônico, dedicando atenção demorada às gastrites e às cirroses de origem alcoólica.

## Apreciações

## FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Do cultivo do idealismo podem nascer iniciativas de alcance prático às vezes notável. É o que aconteceu com a Mayo Clinic, fruto do idealismo de dois médicos de Rochester, Minnesota, Estados Unidos, os quais transformaram seu pequeno hospital no núcleo inicial de uma instituição hoje mundialmente conhecida não só pela grandiosidade de suas instalações como principalmente pelas finalidades que a animaram desde os primeiros passos, sob o estímulo de um trabalho despedido de qualquer interesse pessoal de ordem utilitária. Passados setenta anos, o exemplo dos irmãos Charles e William Mayo foi seguido no Brasil nas mesmas proporções modestas com que se lançou,

no século passado, a iniciativa do centro médico hoje mais conhecido e admirado do mundo. Um pequeno hospital de cento e vinte camas, construído sob ingentes esforços e com escassos recursos financeiros, tanto que levou quinze anos para completar a sua edificação, acaba de ser transferido para uma fundação recém-criada apenas porque o seu idealizador vinha de muitos anos acalentando a idéia de também instituir no Brasil uma organização sem preocupação de lucros, visando o aperfeiçoamento da ciência e da arte da Cirurgia. O gesto partiu de um rotariano de São Paulo, o Dr. Eurico Branco Ribeiro, pessoa bastante conhecida nos meios cirúrgicos, sul-americanos, tendo sido

presidente da Academia, do Capítulo de São Paulo do Colégio Brasileiro de Cirurgiões e presidente da Seção Brasileira do Colégio Internacional de Cirurgiões. Com a sua esposa, Dona Maria Emília Ferreira Ribeiro, esse rotariano instituiu em janeiro de 1959, mediante doação de cem mil cruzeiros, a Fundação para o Progresso da Cirurgia, para cujo patrimônio estão sendo transferidas todas as ações que ambos possuíam como únicos proprietários do Sanatório São Lucas. Assim, dentro de limitado prazo, necessário para a consolidação da obra, o conhecido hospital de São Paulo ficará inteiramente pertencendo àquela Fundação, cujas finalidades são as seguintes:

A Fundação terá por finalidade propugnar, direta e indiretamente, pelo progresso da Cirurgia por todos os meios ao seu alcance, promovendo e apoiando: a) a adoção e divulgação das mais altas normas na prática da Cirurgia; b) a constante melhoria dos padrões técnicos e científicos de assistência aos enfermos cirúrgicos; c) o incremento da cirurgia experimental como base de progresso; d) cursos de

aperfeiçoamento nos vários ramos de Cirurgia; e) estágios de aproveitamento prático para médicos recém-formados; f) reuniões periódicas para discussão de assuntos cirúrgicos e estudos em curso; g) conferências e cursos sobre atualidades cirúrgicas; h) publicações de livros e revistas sobre Cirurgia; i) manutenção de biblioteca especializada para consultas sobre Cirurgia; j) bolsas de estudo nos centros médicos do país e do estrangeiro, conferidas mediante concurso; k) bolsas para viagens de intercâmbio cirúrgico conferidas mediante concurso; l) prêmios para trabalhos sobre temas cirúrgicos; m) relações estreitas com instituições congêneres do país e do estrangeiro; e n) manutenção de um hospital de Cirurgia adequado ao desenvolvimento das finalidades da Fundação.

O Hospital é uma verdadeira escola de boa prática da Cirurgia, não só no aspecto técnico, mas também no da ética profissional, ambos cuidadosamente cultivados e ensinados a todos os médicos que se aproximam dos seus serviços. (Transcrito de "Revista Paulista de Hospitais", 38, Novembro de 1960).

## Separatas recebidas

**Angiolipoma renal masivo benigno del adulto.** — Dres. A. de la Peña y Miguel Oliveros, da Clínica Universitária de Urologia — Facultad de Medicina de Madrid, Espanha. Medicina, Revista de Ciências Médicas, marzo-abril 1958 — Madrid, Espanha.

**Actas de las reuniones científicas del cuerpo facultativo del Instituto Policlinico.** Vol. XIV, n.º 11, noviembre 1960. Barcelona, Espanha.

**Associação Argentina del Cancer** (Boletín) Año IV, n.º 2, diciembre 1960. Buenos Aires, Argentina.

**Breast cancer surgery. Prevention of the lymphedema of the arm following radical mastectomy,** by Abel N. Canónico, M.D.. Estrato de Acta

Union Internationale contre le cancer, vol. XV, n.º 5, 1959. Buenos Aires, Argentina.

**Cancer en la patologia feminina.** Biblioteca Cancerologica Argentina. Edición para la educacion profesional patrocinada por la Asociación Argentina del Cáncer y la Dirección Argentina Filantrópica Asistencial de Citología del Cáncer. 1960 — Buenos Aires, Argentina.

**Contributo alla ricerca del riflesso psicocondizionati** — Primo tentativo di ricerca de una prova di reattività psicovegetativa — Pasquale Cicala. Estratto da "La Sintesi". Suppl. n. 1 al Vol. III Dicembre 1959. Napoli, Itália.

**Homenaje del Ministerio de Salud Pública a los Médicos que integraron el primer servicio de puerta de los Hospitales de la Assistencia Publica Nacional.** — Prof. D. Prat. Apartado de El Dia Médico Uruguayo, Año XXVII, n.º 330, octubre 1960. Montevideo, Uruguai.

**Instituto de Urologia, Hospital de la Santa Cruz y San Pablo Año 1943-1959, Espanha.**

**La Quimioterapia antitumoral como auxiliar en la cirugía del cancer** — Dr. Abel N. Canónico. Extracto de "La Prensa Medica Argentina" Vol. 47, n.º 14, 1960. Buenos Aires, Argentina.

## Operações realizadas no Sanatório São Lucas drante o ano de 1960

MESES	PEQUENAS	MÉDIAS	GRANDES	TOTAL
Janeiro.....	79	103	78	260
Fevereiro.....	79	81	68	228
Março.....	73	81	96	250
Abril.....	51	87	55	193
Maió.....	59	84	55	198
Junho.....	75	74	55	204
Julho.....	111	88	102	301
Agôsto.....	103	82	95	280
Setembro.....	126	93	94	313
Outubro.....	125	75	100	300
Novembro.....	98	75	80	253
Dezembro.....	111	58	61	230
	1.090	981	939	3.010



